

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 86

DU MOMENT
DE
L'INTERVENTION CHIRURGICALE
DANS
LA LITHIASÉ BILIAIRE
Avec Ictère Chronique

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 7 Février 1908

PAR

Jean-Eugène-Aimé-Alfred CARTE

Né à Coutansouze (Allier), le 13 juillet 1883.

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

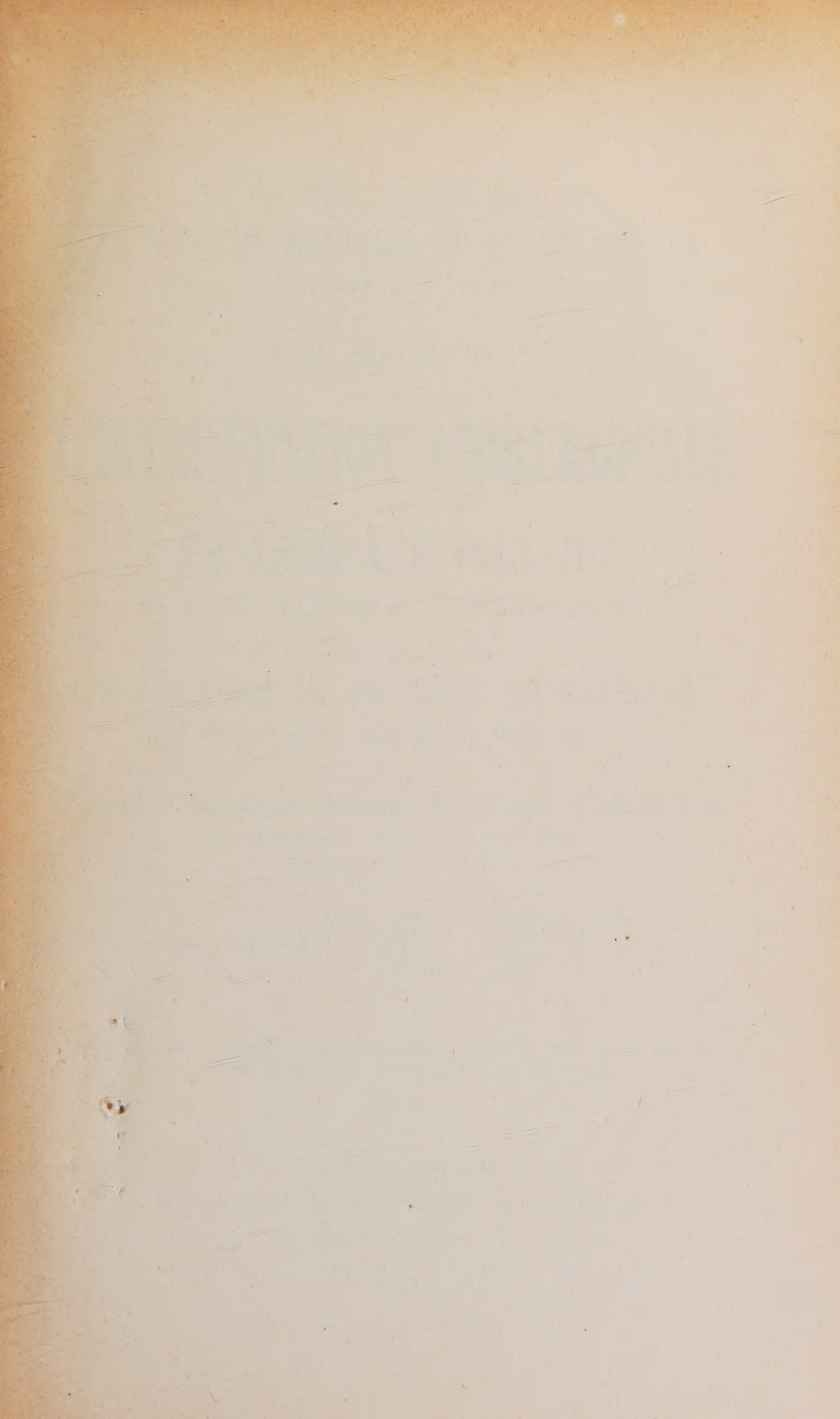
Examineurs de la Thèse :	{	MM. VILLAR	professeur	Président.
		POUSSON	professeur adj.	Juges
		BÉGOUIN	agrégé.....	
		MONGOUR	agrégé.....	

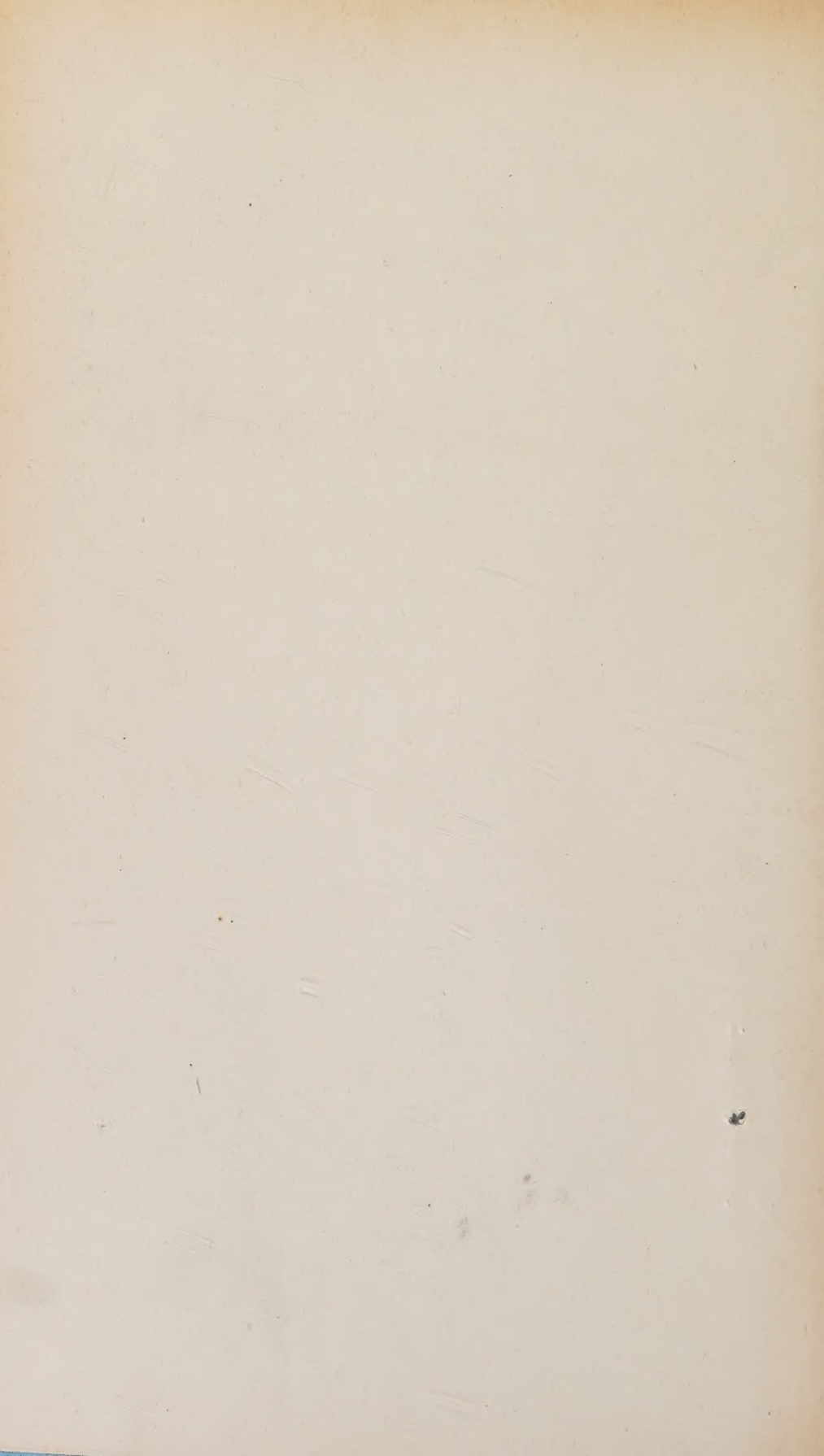
Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, E. TRÉNIT

91 — Rue Porte-Dijéaux — 91

1908





UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 86

DU MOMENT
DE
L'INTERVENTION CHIRURGICALE
DANS
LA LITHIASÉ BILIAIRE
Avec Ictère Chronique

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

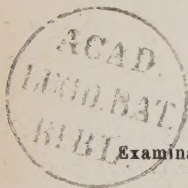
présentée et soutenue publiquement le 7 Février 1908

PAR

Jean-Eugène-Aimé-Alfred CARTE

Né à Coutansouze (Allier), le 13 juillet 1883.

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX



Examinateurs de la Thèse :

{ MM. VILLAR
POUSSON
BÉGOIN
MONGOUR

professeur *Président.*
professeur adj. }
agrégé..... } *Juges.*
agrégé..... }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, E. TRÉNIT

91 — Rue Porte-Dijeaux — 91

1908

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DUPUY.....	{	Professeurs honoraires.
MASSE.....		

	MM.
Clinique interne.....	PICOT.
	PITRES.
Clinique externe.....	DEMONS.
	LANELONGUE.
Pathologie et thérapéutiques générales.	VERGELY.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.
Médecine opératoire.	VILLAR.
Clinique d'accouchements.....	LEFOUR.
Anatomie pathologique.....	COÛNE.
Anatomie.....	GENTES (chargé).
Anatomie générale et histologie.....	VIAULT.
Physiologie.....	JOLYET.
Hygiène.....	LAYET.
Médecine légale.....	L. LANDE.
Physique biologique et électricité médicale	BERGONIÉ.

	MM.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle ...	GUILLAUD.
Pharmacie	DUPOUY.
Matière médicale	DE NABIAS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DENUCÉ.
Clinique gynécologique	BOURSIER.
Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Chimie biologique ...	DENIGÈS.
Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Pathologie exotique .	LE DANTEC.

PROFESSEURS ADJOINTS:

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez...	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale.*)

MM. MONGOUR.
CABANNES.
VERGER.

MM. ABADIE.
CRUCHET.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe { MM. BÉGOUIN.
VENOT.
GUYOT.

Accouchements. } MM. ANDERODIAS.
PERY.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie } MM. GENTES.
CAVALIÉ.

Physiologie	MM. GAUTRELET.
Histoire naturelle. }	BEILLE.
	MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie..... MM. BENECH. | Pharmacie..... } MM. BARTHE.
LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM.	RONDOT.
Accouchements.....		PERY.
Physiologie.....		GAUTRELET.
Ophtalmologie.....		LAGRANGE.
Clinique dentaire.....		CAVALIÉ.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma vive affection
et de ma profonde reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. MONGOUR

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HOPITAUX

OFFICIER D'ACADÉMIE

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR F. VILLAR

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales, nous tenons à remercier ici tous nos maîtres qui, dans les Hôpitaux et à la Faculté, se sont intéressés à nous. Nous adressons l'expression de notre vive reconnaissance à MM. les docteurs Billard et Dieulafé, qui dirigèrent à Clermont-Ferrand nos premiers pas dans la carrière médicale. A Bordeaux, nous avons trouvé auprès de M. le Professeur Denucé un accueil des plus sympathiques. Qu'il nous permette [de lui exprimer notre profonde gratitude.

M. le Professeur Villar nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse et M. le Professeur agrégé Mongour a bien voulu nous sacrifier de nombreux instants pour guider nos recherches. Nous les prions de bien vouloir accepter nos remerciements les plus sincères.

INTRODUCTION

Depuis 1878, où Marion Sims fit la première cholécystectomie, les ouvrages se sont multipliés sur la chirurgie des voies biliaires ; mais si la technique des différentes interventions fut à différentes reprises traitée de façon magistrale, il nous semble, par contre, que le moment de l'intervention n'a jamais été déterminé de façon précise.

Nous n'avons pas, du reste, en abordant la question du traitement chirurgical de la lithiase biliaire avec ictère chronique, l'intention de comparer entre eux les différents procédés opératoires ; nous n'avons pas non plus la prétention de lever, dans notre étude, tous les obstacles qui rendent le diagnostic de lithiase parfois si complexe ; nous n'avons même pas celle de préciser le siège de la lithiase. En un mot, nous envisageons le problème sous cette donnée :

Un malade est atteint d'ictère chronique ; cet ictère chronique, ictère par rétention, est dû à la présence d'un obstacle, à un niveau quelconque, sur le trajet des voies biliaires ; cet obstacle est un calcul ou un agglomérat de calculs.

A quel moment doit-on considérer le traitement médical comme insuffisant, à quel moment le traitement chirurgical s'impose-t-il, à quel moment, enfin, le médecin doit-il remettre son malade aux mains du chirurgien ?

En faisant l'historique de la question, nous montrerons combien les limites données par les auteurs sont différentes, que toutes sont arbitraires et ne peuvent être données comme une indication rationnelle. Les réactions fonctionnelles

seules, peuvent nous servir de guide et ces réactions fonctionnelles varient avec chaque individu en intensité et en durée.

Nous ferons ressortir dans un second chapitre, combien il est difficile d'apprécier le moment de défaillance qui se produit dans la marche de ces réactions fonctionnelles, moment qui correspond à celui où la cellule hépatique devient insuffisante. Nous démontrerons à cet endroit l'imperfection des procédés chimiques qui nous permettent de révéler cette insuffisance et les nombreux cas où ils sont en défaut.

Finalement, nous concluons que, quand il s'agit de se prononcer sur la valeur fonctionnelle globale du foie, il faut tenir compte, mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour, des variations de volume de cet organe.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Van Swieten, Portal et Frerichs ont à peine abordé la question, car si, pour eux, dans les cas de lithiasé biliaire avec ictère chronique, « il faut s'attendre toujours à des récides et se rappeler qu'on est toujours sous l'imminence de dangers cachés, d'autre part, l'expérience a démontré que des cas très anciens et très graves de cette maladie pouvaient se terminer par la guérison, et l'on ne doit pas abandonner prématurément tout espoir de succès ».

La chirurgie des voies biliaires est d'acquisition trop récente pour qu'il soit nécessaire de faire remonter très haut l'historique du traitement chirurgical de la lithiasé hépatique. Nous n'avions donc pas l'espoir de trouver dans Van Swieten, pas plus du reste que dans les travaux de Portal et de Frerichs, beaucoup plus près de nous, des indications précises sur le sujet qui nous intéresse. Nous avons tenu cependant à donner l'opinion de ces cliniciens sur le pronostic général de la lithiasé, pronostic sur lequel nous reviendrons, car il importe d'établir sur des bases cliniques, les chances réelles de guérison spontanée.

Terrier apparaît incontestablement comme un des premiers chirurgiens qui se soient sérieusement occupés de la question et qui aient cherché nettement à mettre en évidence les avantages et les inconvénients du traitement chirurgical.

Le premier travail de Terrier a paru dans la *Revue de Chirurgie* (1892).

Terrier prétend qu'il faut opérer dès que l'on a posé le diagnostic de calcul du cholédoque et, pour le formuler, il s'appuie sur les phénomènes suivants :

« Le malade se plaint, depuis plus ou moins longtemps, de coliques hépatiques d'intensité variable. L'ictère n'apparaît que plus tard et d'une façon assez brusque, soit à la suite d'une colique plus vive que les autres, soit même sans colique vive. Dès lors, l'ictère persiste, avec ou sans augmentation d'intensité lors de coliques nouvelles. Il s'accompagne parfois de fièvre et même nous croyons ces accidents fébriles plus fréquents qu'ils ne sont notés. Puis, surviennent des accidents généraux sérieux, se caractérisant par un amaigrissement rapide, une déperdition considérable de forces, voire même un état cachectique, accidents dus à la cholémie. Un point important à noter, c'est l'état du foie qui n'a été que rarement hypertrophié, et celui de la vésicule, qui, la plupart du temps, n'est pas augmentée de volume ».

A propos du traitement de l'ictère chronique par obstruction calculeuse, Sieur (*Arch. génér. de chir.* 1892), s'exprime ainsi : « Grave est la persistance de l'ictère, même à un degré atténué. Le passage de la bile dans le sang, est un danger pour les éléments anatomiques, et c'est ainsi que s'expliquent les hémorragies, les lésions cardiaques, rénales et pulmonaires, lésions qui, jointes aux troubles dyspeptiques qui sont souvent la conséquence de la lithiase, amènent très rapidement la cachexie biliaire. On ne saurait donc, dans ce cas, intervenir trop tôt. »

Nous ne discuterons, au cours de cet historique, aucune des opinions émises ; nous les signalerons simplement par ordre de date, nous réservant d'en faire la synthèse et de donner notre impression à l'occasion de cette synthèse.

D'après Lepetit (Th. de Paris 1893), « si au bout de quelque temps d'un traitement médical bien conduit, l'état reste le même, si la rétention biliaire persiste, on ne peut plus rien

espérer par ces moyens et il faut se décider à l'intervention. D'autre part, un élément important de diagnostic sera, dit-il, l'examen de l'état général ; une rétention passagère de bile intéressera peu cet état ; au contraire, si elle se prolonge, la nutrition est profondément troublée et il faut intervenir de suite ».

Galliard (*Mercredi médical*, sept. 1894), divise les cholélithiasiques opérables en deux catégories :

1^o Celle des fébricitants.

2^o Celle des apyrétiques.

Je ne parle pas ici, dit-il, des hypothermiques, car je me réserve de dénoncer l'hypothermie comme une contre-indication de l'action chirurgicale.

1^o *Les fébricitants.* — Il ne suffit pas de constater dans la cholélithiasie un accès fébrile ou une série d'accès fébriles pour armer la main du chirurgien. On sait que la colique hépatique s'accompagne souvent de fièvre et que nous guérissons cette fièvre comme nous calmons la douleur. Pour indiquer l'opération, il faut, avec la fièvre, l'ensemble des phénomènes généraux qui caractérisent sérieusement l'infection. Dès lors, deux cas à considérer.

a) Il y a tumeur avec l'ictère.

La constatation de cette tumeur conduit au diagnostic de cholécystite suppurée. Il n'y a pas de temps à perdre, l'intervention rapide s'impose.

Ici, il existe quelques contre-indications. Et il signale comme telles : la péritonite aiguë généralisée, la pyléphlébite se traduisant par l'ascite, les déterminations multiples de la septicémie (endocardite, péricardite, broncho-pneumonie, pleurésie, arthrite, etc.).

b) Il y a ictère infectieux sans tumeur.

Ici, dit-il, la situation est particulièrement délicate ; contre l'angiocholite suppurée, le chirurgien ne peut rien. On ne serait autorisé à opérer que si l'obstruction du cholédoque était certaine.

2° *Les apyrétiques.* — Ici, nous n'avons plus la main forcée, il n'y a plus urgence. Nous pouvons choisir notre temps et notre heure. Nous sommes conduits à l'opération par l'une de ces deux choses : l'intolérable douleur ou la cachexie menaçante.

Les contre-indications opératoires sont :

La grossesse, l'hypertrophie énorme du foie, l'hypothermie qui révèle la déchéance profonde de l'organe, les cachexies tuberculeuse, cardiaque, diabétique, brightique, cancéreuse. Je ne donne pas comme contre-indication, dit-il, l'âge avancé des malades ; certains cholélithiasiques très âgés ont bénéficié de la cure chirurgicale.

Pour de Quental (Th. de Paris 1895) l'intervention chirurgicale est formellement indiquée :

1° Quand il y a un obstacle infranchissable à l'expulsion des calculs ;

2° Quand ces calculs deviennent, par leur masse et leur nombre, une cause de gêne et un danger permanent ;

3° Quand il existe des complications dues, soit à la migration anormale des calculs, soit à la présence d'accidents infectieux siégeant ailleurs, et susceptibles d'entraîner une aggravation des phénomènes lithiasiques.

Elles nous semble, au contraire, formellement contre-indiquée, dit-il, quand les accidents infectieux se sont produits dans la masse du parenchyme hépatique, quand il existe des angiocholites suppurées si graves, qui désorganisent le foie, et que M. Chauffard a décrites avec tant de soin.

Mais, ajoute-t-il, l'intervention chirurgicale ne s'attaque en réalité qu'à l'effet et réclame impérieusement l'adjonction du traitement médical que nous considérons comme prépondérant dans tous les cas.

L'intervention représente un moyen héroïque, mais c'est à la condition expresse qu'on n'y recoure pas trop tardivement.

Pour Quénu (1895), « lorsque les phénomènes de rétention biliaire par lithiase cholédoquienne durent plus de trois

mois, les chances de désobstruction sont si minimes qu'il est permis d'affirmer que, dans la généralité des cas, la chirurgie est l'ultime ressource; il y a tout avantage à ne pas attendre cette date de désespérance; avant que l'état général n'incline à baisser, il faut agir. »

Cette opinion, Quénu l'a donnée à plusieurs reprises au cours des discussions qui ont eu lieu à la Société de chirurgie dans la période comprise entre 1894 et 1905 et dans les différents Congrès.

Ce délai extrême de trois mois est accepté par Michaux, sous cette réserve, « que les malades auront subi un traitement médical sérieux, intense et, dans la mesure du possible, qu'ils auront fait tout au moins une cure sérieuse d'eau minérale à Vichy. »

Plus généralement, Michaux déclare qu'il faut opérer de bonne heure, quand le foie est encore suffisant, mais il ne donne pas les moyens de reconnaître cette insuffisance.

Il se dégage de la lecture des travaux de Michaux et, on peut le dire sans crainte, de tous les travaux des chirurgiens, que ces derniers sont plutôt disposés à rejeter sur le compte des médecins les fautes opératoires, sous prétexte que les médecins attendent trop. « Ceux qui meurent, dit Michaux, sont ceux qui ont été opérés tardivement. »

Certains chirurgiens sont encore plus pressés. C'est ainsi que Carl Beck (*New-York medical Journal* 1897) déclare que *l'opération s'impose quand l'ictère dure depuis plus de quatre semaines.*

Dans la *Gazette des Hôpitaux* (1898), Lejars pose ainsi la question : La cholédochotomie ou, en termes plus généraux, l'extraction sanglante des calculs, est-elle toujours indiquée, dans ces cas d'ictère chronique avec décoloration des fèces, relevant de l'obstruction calculeuse ? Rappelons-nous les processus heureux d'élimination spontanée, mais soyons assez sages pour ne pas trop l'attendre et pour intervenir de bonne heure.

Des observations contenues dans la thèse de Lepetit, Hum-

bel (Th. de Lyon 1898) tire les conclusions suivantes : « L'augmentation de volume du foie est un phénomène fréquent dans l'ictère par obstruction calculeuse des voies biliaires, mais ce phénomène est loin d'être constant. Il ne faut accorder qu'une valeur très relative à ce signe. Il semble d'ailleurs, dit-il, comme on le voit dans l'observation XVI de la thèse de Lepetit, et comme nous l'avons vu dans beaucoup d'autres observations d'ictère, que les signes cliniques de l'augmentation de volume du foie, bord inférieur du foie perceptible au palper à deux ou trois travers de doigt au-dessous du rebord inférieur des fausses côtes, augmentation de l'aire de la matité hépatique, n'aient pas une valeur absolue; dans plusieurs observations où l'examen du malade a été fait peu de temps avant la mort, on voit que l'autopsie n'a pas confirmé à ce sujet les données cliniques, soit qu'un foie cliniquement gros soit en réalité normal, soit, au contraire, qu'un foie cliniquement normal soit en réalité augmenté de volume ».

Et il conclut : Opérer dans tous les cas ? Cette solution présenterait moins d'un inconvénient, peut-être. Les seuls cas où l'intervention est inutile sont les cas de cirrhose ou d'ictère catarrhal prolongé ! Au point de vue pratique, le chirurgien n'aura qu'à se conformer à la règle que nous avons établie : abstention en présence des symptômes nerveux de l'ictère grave, pour être certain de ne jamais faire subir à son malade une opération inutile. Dans le cas où le diagnostic n'a pu être fait, le chirurgien ne devra pas hésiter à pratiquer la laparotomie exploratrice, toujours inoffensive et pourra par ce moyen, faire le diagnostic exact et se comportera suivant les circonstances.

La cachexie, même très prononcée, ajoute-t-il, n'est jamais une contre-indication absolue à la laparotomie exploratrice et à une intervention plus sérieuse ; on peut encore obtenir, à cette période même, une guérison complète, alors que l'état du malade semblait désespéré.

Dans leur *Traité de thérapeutique chirurgicale* (1898), Forgues et Reclus mentionnent deux catégories d'indications opératoires :

- | | | |
|---|---|-------------------------------|
| 1 ^o Indications pathogéniques, . . | { | a) Obstruction ; |
| | { | b) Infection ; |
| | { | a) Rétention biliaire ; |
| 2 ^o Indications symptomatiques. | { | b) Douleur intolérable ; |
| | { | c) Tumeur de l'hypocondre ; |
| | { | d) Phénomènes de dénutrition. |

C'est de l'état de la cellule hépatique, disent-ils, que dépendent les suites de l'intervention, et c'est à devancer ces dégénérescences que nous devons nous efforcer désormais.

L'urgence opératoire est surtout manifeste en matière d'obstruction calculeuse du cholédoque, puisque à l'encontre de l'obstruction cancéreuse notre intervention hâtive peut apporter ici la guérison radicale, et parce que, chez ces lithiasiques rétentionnistes, l'infection biliaire est la règle : l'action chirurgicale y est donc indiquée doublement pour désobstruer et pour désinfecter.

Lancereaux (*Traité des maladies du foie*, 1899) pose des indications très nettes. L'intervention, dit-il, est utile, nécessaire même dans un grand nombre de circonstances ; mais il ne faut pas oublier qu'un diagnostic précis est le meilleur moyen d'arriver à des indications chirurgicales sérieuses.

Celles-ci existent : 1^o Si la vésicule du fiel est atteinte d'une hydropisie chronique, douloureuse, pouvant amener la perforation ou l'infection de ce réservoir ; 2^o Quand, en l'absence de tout état fébrile, le foie est volumineux, l'ictère intense et la vésicule distendue ; 3^o Lorsqu'il existe des accès répétés de colique hépatique avec fièvre et des signes manifestes de suppuration localisée à la vésicule ou aux voies biliaires ! 4^o Dans certains cas où existent des douleurs répétées et intenses dans les régions de l'hypocondre droit et de l'épigastre avec anorexie, amaigrissement progressif, impuissance musculaire, dégoût de la vie.

Doyen opère toutes les fois que l'ictère dure depuis cinq ou six semaines.

Kehr (*Münscher med. Woch.*) admet que le traitement chirurgical est de mise dans les cas suivants :

- 1° Cholécystite et péricholécystite aiguë ;
- 2° Obstruction chronique du cystique avec hydropisie ou empyème de la vésicule ;
- 3° Obstruction chronique du cholédoque ;
- 4° Toutes les formes qui, légères d'abord, s'aggravent malgré le traitement médical rigoureusement institué et bien suivi ;
- 5° Adhérences de la vésicule pouvant faire craindre des fusions avec l'estomac, l'intestin, produire des coudures, des compressions avec sténose ;
- 6° Angiocholite suppurée ;
- 7° Morphisme lithiasique provoqué par la répétition et l'intensité des coliques hépatiques.

Pour ce qui concerne la durée de l'ictère, Kehr adopte le délai de trois mois fixé par Quénu.

Naunyn a indiqué le terme d'une année pour s'assurer de la ténacité des manifestations pathologiques et de l'impossibilité de les guérir par le traitement médical.

Bernard (*Gazette médicale de Picardie*, 1900) divise les lithiasiques en deux catégories, suivant que chez eux existent ou n'existent pas de phénomènes septiques.

S'agit-il d'une lithiase aseptique. Il faut alors pour opérer se trouver en présence de l'un des trois cas suivants :

a) Obstruction du cholédoque complète et durant depuis trois mois. Il lui semble cependant rationnel de ne pas attendre aussi longtemps, si l'état général du malade s'épuisait, ou si l'étude du syndrome urologique permettait, par l'abaissement du taux de l'urée, par la présence de pigments biliaires anormaux, de constater que la cellule hépatique commence à devenir insuffisante.

b) Crises douloureuses, quand celles-ci sont assez fré-

quentes et assez pénibles pour compromettre la vie ou la santé des patients.

c) Une distension permanente sans régression de la vésicule biliaire.

En cas de lithiase septique, les indications opératoires sont autrement larges. C'est la fièvre qui donnera alors le signal d'alarme, cette fièvre à type intermittent, que Charcot avait rapprochée si heureusement de la fièvre uroseptique et qui se différencie de la fièvre palustre par sa complète indifférence à l'égard de la quinine.

Gilbert et Fournier (*Rapport au Congrès international de 1900*) s'expriment ainsi : « Les indications générales de l'intervention chirurgicale sont faciles à préciser. Elles sont fournies principalement par ces deux grands facteurs souvent combinés, l'obstruction biliaire, l'infection biliaire grave, et par les divers accidents qu'ils déterminent.

L'ictère calculeux chronique, l'hydropisie et l'empyème de la vésicule, l'angiocholite, etc., telles sont les principales circonstances qui réclament d'une façon absolue l'intervention chirurgicale.

Mais il est souvent assez difficile de préciser le moment opportun de l'opération. Les modifications dans l'état général du malade, l'amaigrissement, les troubles digestifs persistants, la perte des forces, signes avant-coureurs de la cachexie biliaire, ne permettent pas, en tout état de cause, une longue expectative ».

Schwartz, dans son traité des maladies du foie, dit : « Si les accidents s'accroissent, que l'ictère devienne de plus en plus foncé et persistant, si les selles restent décolorées, si les urines se pigmentent d'une façon presque continue, faut-il intervenir et quand ? » Kehr admet que si la lithiase de cholédoque est confirmée et dure depuis trois mois, il n'y a pas à attendre plus longtemps, si le malade maigrit et a des accès de fièvre indiquant une angiocholite. L'intervention s'impose d'autant plus que ceux-ci seront plus fréquents et plus intenses, que les forces diminueront rapidement et que

l'amaigrissement fera de grands progrès. Lorsque les accidents produits par le calcul se bornent à des poussées d'ictère avec coliques hépatiques, on peut attendre plus longtemps.

Naunyn n'a-t-il pas indiqué le terme d'une année pour s'assurer de la ténacité des manifestations pathologiques et de l'impossibilité de les guérir par un traitement médical ?

Lorsque la stase biliaire et l'infection hépatique surajoutée durent, il faut se souvenir que les fonctions du foie sont gravement menacées si l'on n'y met bon ordre. La cirrhose biliaire calculeuse, l'angiocholite aiguë avec abcès disséminés peuvent tuer le malade ; celui-ci est de plus à la merci d'une hémorragie cholémique qui aggravera considérablement le pronostic de l'opération et qui pourra même amener une issue fatale.

En résumé, lorsque l'obstruction calculeuse du cholédoque est accompagnée d'accidents sérieux d'amaigrissement, il ne faut pas attendre, et du moment qu'il n'y a aucune autre indication, il faut intervenir au bout de trois à quatre mois.

Dans sa thèse, Milliet (Paris 1902) expose ainsi la question : « L'obstruction survient généralement après une ou plusieurs crises de coliques hépatiques ; dans certains cas, cependant, elle s'installe lentement, sans crise bruyante. L'ictère apparaît, devient de plus en plus intense et persistant ; c'est un ictère verdâtre, vert bronze (Kehr). Les matières sont décolorées, argileuses, fétides, mais pas d'une façon absolue ».

Le foie est augmenté de volume ; mais à une période plus avancée, il diminue (cirrhose calculeuse). La vésicule est atrophiée comme le veut la loi de Courvoisier-Terrier, mais le fait n'est pas constant. L'état général reste bon pendant longtemps, mais à la longue il s'altère ; on voit survenir des troubles digestifs, de l'amaigrissement progressif, avec les phénomènes d'insuffisance hépatique et de cholémie. Les urines rares, foncées, contiennent de l'urobiline, l'urée est diminuée. Si une intervention ne vient pas lever l'obstacle, la terminaison fatale est à redouter. L'obstruction calculeuse

est une des complications les plus graves de la lithiase biliaire et si au bout de trois mois, comme le dit Quénu, d'un traitement médical bien suivi, il n'y a pas d'amélioration, une intervention s'impose.

Royer (Thèse de Paris 1903) divise ses malades en deux catégories : ceux chez qui l'occlusion calculeuse s'accompagne d'accidents septiques et ceux qui ne présentent pas ces accidents. Dans le premier cas, dit-il, il faut opérer aussi près du début que possible, car il est impossible de pratiquer médicalement l'antisepsie des voies biliaires et l'on expose le malade à une septicémie mortelle. Il faut donc recourir au traitement chirurgical, car il est seul capable d'assurer l'évacuation du liquide infecté en réalisant un véritable drainage, et il faut y recourir aussi vite que possible, car plus l'on attendra, plus l'état général du malade sera mauvais et plus les conditions seront défectueuses.

Dans le second cas, c'est-à-dire, les occlusions ne s'accompagnant pas d'accidents septiques, la déchéance de la cellule hépatique commande l'intervention chirurgicale. Or, nous reconnaitrons son insuffisance : 1° par le taux du pouvoir glycogénique du foie, par le taux de l'uréogénie, par l'épreuve de bleu de méthylène, par la toxicité urinaire, la recherche de l'indican, les troubles de la fonction biligénique.

D'après Guénot (Thèse de Paris, 1905-06), lorsque l'obstruction chronique s'est produite, l'indication opératoire se pose. Cependant, là encore il est possible de voir l'obstruction cesser et le malade guérir par rejet du calcul dans l'intestin au bout de quelques mois et même d'une année. Mais, tout d'abord, il est probable que ces cas heureux se rapportent à des calculs de l'ampoule de Vater, qui passent dans le duodénum après avoir ulcéré et perforé la paroi, terminaison favorable, mais problématique et qui peut avoir des suites fâcheuses : rétrécissement, infection. D'autre part, chez le malade atteint d'ictère chronique par obstruction calculeuse, le danger est au foie. La rétention biliaire et l'infection qui l'accompagne produisent insidieusement des lésions graves

de la cellule hépatique qui disparaît, étouffée par la sclérose péricanaliculaire. Que l'infection des canaux biliaires se réchauffe, le foie n'est plus en état de lutter, l'insuffisance hépatique apparaît, le malade succombe aux phénomènes de l'ictère grave, même si une intervention trop tardive a rétabli la perméabilité des voies biliaires.

D'autre part, si le chirurgien n'intervient pas de bonne heure, des complications apparaissent, qui rendront l'opération plus difficile et aggraveront le pronostic, telles que la formation des calculs dans le foie qui, d'après Beer, se ferait déjà au bout d'un mois après l'obstruction du cholédoque, qui vont rapidement englober tous les organes de la région sous-hépatique et étouffer les voies biliaires, infection des canaux pancréatiques et pancréatite chronique, ulcérations des voies biliaires, formation de fistules bilio-intestinales.

Plus l'affection est de date ancienne, plus l'opération devient difficile, et moins le malade est en état de la supporter. Il faut opérer de bonne heure. Déjà, en 1895, M. Quénu déclarait qu'il fallait intervenir trois mois après le début de l'obstruction calculeuse, et la grande majorité des chirurgiens s'est rangée à cet avis. Ce délai est un maximum. Si après un traitement médical sérieux l'obstruction persiste, si le malade a de la fièvre, se plaint de douleurs persistantes, s'il maigrit rapidement, le chirurgien ne devra pas attendre, pour intervenir, que ce délai de trois mois soit expiré.

Dans la séance du 2 mars 1906 (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*), Linossier, dans son rapport sur la question du moment opératoire dans la lithiase biliaire s'exprime ainsi : « Dans la lithiase à manifestations permanentes, il s'agit d'une affection qui progresse sans cesse, plus ou moins rapidement suivant que l'infection est plus ou moins sévère. Les motifs déterminants de la décision à intervenir sont tirés des trois ordres de considérations suivants :

- 1° Degré de l'infection ;
- 2° Localisation de l'infection ;

3^e Etat général et état des organes éloignés.

Degré de l'infection. — Je dois attirer l'attention sur la difficulté qu'il y a parfois à doser l'intensité d'une infection biliaire. La fièvre nous est un symptôme précieux, mais souvent infidèle. Je désire seulement faire remarquer que, au point de vue de l'urgence d'une opération, les grands accès pseudo-intermittents, malgré leur allure solennelle, malgré le maximum très élevé de la température, ne sont pas les plus décisifs. Ils révèlent une réaction de l'organisme contre une septicémie aiguë; leur intensité est la preuve que cette réaction est vigoureuse, leur brièveté est l'indice de la facilité avec laquelle elle a triomphé. Beaucoup plus grave est la fièvre rémittente à grandes oscillations, qui dans les voies biliaires comme en tout autre point de l'organisme, garde sa signification de fièvre de suppuration.

Mais ce qu'il importe surtout de ne pas oublier, c'est que des suppurations très étendues peuvent se produire sans fièvre et même avec hypothermie.

L'intensité de l'ictère ne peut servir à mesurer l'infection. Il n'y a aucune proportionnalité entre l'intensité de l'ictère et la gravité de cette infection. La leucocytose et surtout la polynucléose nous sont parfois un précieux signe de suppuration aiguë, mais un signe qui peut faire défaut.

Enfin, les symptômes douloureux ne sont nulle part plus trompeurs que dans la lithiase biliaire; d'une violence terrible dans des coliques hépatiques sans gravité, nuls ou insignifiants dans des infections promptement mortelles.

Localisation de l'infection. — L'indication opératoire est formelle:

- 1^o Dans l'empyème de la vésicule;
- 2^o Dans l'hydropysie de la vésicule;
- 3^o Dans la péricholécystite pour ce qui regarde l'infection des voies biliaires accessoires.

Envisageant le cas d'ictère chronique par obstruction calculieuse il dit: « Doit-on attendre indéfiniment l'expulsion

naturelle du calcul? Doit-on intervenir chirurgicalement et dans ce cas, au bout de combien de temps?

Plusieurs raisons militent en faveur de l'opération précoce: l'action fâcheuse de l'imprégnation biliaire sur les divers tissus et organes, notamment sur le rein et le cœur, action tendant à diminuer pour une opération ultérieure la résistance du sujet; l'éventualité toujours à redouter chez l'ictérique le mieux portant, de la transformation de l'ictère simple en ictère grave; la possibilité d'une infection ascendante des voies biliaires intra-hépatiques favorisée par la stase biliaire; enfin les difficultés spéciales d'une opération portant sur des tissus altérés par un long ictère.

Aussi nombre d'auteurs, et parmi eux tous les chirurgiens, conseillent-ils une intervention rapide, le délai de trois mois étant considéré comme un maximum. Ewald ne veut même pas qu'on attende plus d'un mois. Naunyn, par contre, est partisan d'une longue expectative et ne fait appel au chirurgien qu'après une année écoulée.

Mais l'observation montre que l'élimination spontanée de l'obstacle peut se produire après un temps très long. J'ai vu des calculs s'éliminer sans douleur après un ictère permanent de onze mois. Je crois même que ce délai de trois mois peut être à la rigueur dépassé. Il me semble, par contre, imprudent de laisser un malade une année entière en état d'ictère, s'il n'y a pas de raisons spéciales de redouter pour lui une opération.

L'expectation n'est justifiée, bien entendu, qu'en l'absence de tout symptôme pouvant nous faire redouter des complications graves, plus ou moins imminentes. Les mêmes signes que j'ai signalés plus haut nous permettront de juger du plus ou moins de gravité de l'infection. Mais ce qui décèle surtout, ici, la gravité de l'infection, c'est l'apparition précoce des symptômes hépatiques.

Il se peut que la persistance de la sensibilité à la pression, témoigne de la continuité du processus intra-hépatique. L'augmentation de volume du foie est un autre témoin de

son envahissement par l'infection. De cette hypertrophie, je puis répéter ce que j'ai dit plus haut de la fièvre. C'est le symptôme que le foie se défend. Une hypertrophie momentanée, suivie d'un retour à l'état normal, témoigne d'une victoire de l'organe sur ses envahisseurs. Elle n'a donc pas la signification fâcheuse d'une hypertrophie constante ou continuellement croissante.

L'augmentation de la densité du foie peut nous révéler un processus de cirrhose ou une simple congestion ; la palpation soigneuse du bord inférieur nous permettra souvent de trancher entre ces deux hypothèses ; la persistance de la souplesse est un symptôme favorable dans les états chroniques, mais il faut se rappeler que des suppurations aiguës intra-hépatiques laissent l'organe parfaitement souple.

L'hypertrophie de la rate est un signe particulièrement précieux de la participation du foie à l'infection. On peut y joindre les hémorragies faciles et les nombreux signes cliniques d'insuffisance de la cellule hépatique que je ne puis énumérer ici, et qui, pris isolément, n'ont qu'une valeur contestable, mais qui, groupés, peuvent avoir une certaine importance.

La recherche des signes de l'extension au foie du processus infectieux, nous fournit une indication très précise de supprimer le plus tôt et le plus radicalement possible, la source de l'infection. Quand l'extension semble rapide, il sera imprudent de s'attarder à des tentatives de traitement médical.

Modifications de l'état général et des autres organes. — Je ne parlerai pas des contre-indications à l'intervention opératoire, résultant de l'âge, de la résistance du sujet, des lésions d'organes importants, tels que le cœur et le poumon. Elles ne sont pas autres que dans toute opération chirurgicale grave.

Je signalerai tout d'abord l'état d'amaigrissement, de déchéance, que présentent certains infectés des voies biliai-

res. En présence d'une forme de lithiasé à dénutrition rapide, l'opération doit avoir lieu. Il ne faut pas attendre.

L'état des organes digestifs peut aussi précipiter l'intervention. Il arrive que le retentissement de la lithiasé biliaire sur l'estomac et l'intestin trouble si profondément les fonctions digestives, que la réparation de l'organisme en devient impossible. Il arrive aussi que les adhérences résultant de la péricholécystite peuvent provoquer la sténose du pylore, l'étranglement intestinal.

Au cours de la discussion qui suivit la lecture de ce rapport, MM. Galliard et Le Gendre ont accepté les conclusions de Linossier, sous cette réserve que, dans les cas d'ictère, l'opération sera plus précoce.

Dans un premier travail publié en 1902 (6^e Congrès de médecine interne de Toulouse), M. Mongour a envisagé cette question : « Du moment de l'intervention chirurgicale dans les ictères d'origine lithiasique » sous une forme plus personnelle et il a cherché à fixer avec plus de précision le moment de cette intervention. Nous n'exposerons pas actuellement l'opinion défendue par M. Mongour, puisque c'est celle que nous défendons nous aussi ; qu'il nous suffise de dire, pour le moment, que M. Mongour, rejetant les délais fixes assignés à la durée de l'ictère, critiquant, comme nous le ferons nous-mêmes, les différentes méthodes d'exploration du foie pour établir l'insuffisance hépatique, estime qu'il convient surtout de prendre pour base :

La nature de l'ictère (ortho ou métapigmentaire). C'est au moment où l'on s'aperçoit de la transformation de l'ictère orthopigmentaire en ictère métapigmentaire, qu'il convient d'opérer.

Revenant sur cette question (*Province médicale*, 25 août 1906), M. Mongour a cherché à déterminer le moment de l'intervention chirurgicale par l'étude des variations de volume du foie, qui, selon lui, constituent le signe fondamental de l'insuffisance hépatique.

Ainsi peut être clos ce long historique. Pour n'être pas

accusé d'avoir mal traduit la pensée des auteurs, nous avons cru qu'il était bon de rapporter *in extenso* leurs conclusions, quelle que longue et fatigante que fût cette méthode.

CHAPITRE II

CRITIQUE DES OPINIONS ÉMISES

Etant donné le manque de précision des différentes opinions émises, il est véritablement bien difficile d'en faire la synthèse. Nous pouvons discuter tout au moins la valeur des différents signes pris comme indication du traitement chirurgical par chacun d'eux.

ICTÈRE. — Nombre de chirurgiens et même de médecins ont cherché à établir le moment de l'intervention en prenant uniquement pour base la durée de l'ictère. Naunyn dit qu'il faut attendre un an. Schwartz, Quénu, Milhiet, Bernard, Kehr enfin prétendent qu'il ne faut pas compter sur la désobstruction, passé le délai de trois mois. Doyen opère toujours dans les cinq à six semaines qui suivent l'ictère; Beck, dans les quatre semaines. Parmi les cas publiés, nous en citerons quelques-uns dans lesquels ces limites ont été singulièrement dépassées.

Hans Kehr a obtenu une guérison dans un cas où l'ictère datait de dix ans, Robert Abbe dans un cas où il datait de deux ans et demi, Pozzi dans un cas où il datait de trois ans, et Boeckel dans un cas où il datait de cinq ans. Mais nombreux sont les cas où Paulidès, Thornton, Braun, Van der Veer, Terrier, Tuffier, Michaux, Czerny, Lejars ont obtenu des succès avec des ictères qui dataient de quatre, cinq, six, huit mois et même un an.

Nous avons eu la curiosité d'établir la statistique des succès opératoires et des insuccès en prenant pour base la durée de l'ictère.

Notre statistique porte sur 71 interventions où l'âge de l'ictère varie entre un mois et dix ans, et voici les résultats généraux qu'elle nous donne.

Sur ces 71 cas nous relevons :

27 cas où l'âge de l'ictère varie de 1 à 3 mois.

Il y eut vingt guérisons et 7 insuccès, ce qui donne à peu près 75 % de succès.

20 cas où l'âge de l'ictère varie entre 3 et 6 mois.

Il y eut 11 guérisons et 9 décès, ce qui donne 55 % de succès.

9 cas où l'âge de l'ictère varie entre 1 an et deux ans.

Il y eut 3 guérisons et 6 insuccès, ce qui donne 33 % de succès.

5 cas où l'âge de l'ictère varie entre 2 et 4 ans.

Il y eut 3 guérisons et 2 insuccès, ce qui donne 60 % de succès.

Enfin, dans les 4 derniers cas, l'âge de l'ictère était supérieur à 4 ans. Il y eut 2 guérisons, 1 résultat nul, 1 insuccès, ce qui donne 66 % de succès.

Evidemment, cette statistique prouve que les succès se montrent avec plus de fréquence dans les ictères récents que dans les ictères très anciens, mais peut-on de là en conclure à une date fixe pour le moment de l'intervention ?

Il est d'autant plus difficile de tirer de cette statistique une déduction positive en faveur de l'intervention précoce ou tardive, que les analyses de sang n'existent dans aucune observation et que les analyses d'urine sont absolument rudimentaires. On se contente de signaler dans l'immense majorité des observations, « pigments biliaires », sans indiquer la nature de ces pigments. Or, toutes les fois que l'on veut établir le pronostic d'un ictère, pour tirer de ce pronostic des conclusions thérapeutiques, il importe tout au moins d'éta-

blir, aussi exactement que possible, la nature des pigments sécrétés par le foie.

VOLUME DU FOIE. — Les médecins ne sont pas d'accord. D'après Galliard, l'hypertrophie du foie, dans l'obstruction chronique du cholédoque avec ictère, serait une contre-indication formelle à toute intervention. Lancereaux émet une opinion diamétralement opposée. Mêmes divergences de vue chez les chirurgiens.

Interrogeons alors les statistiques? Aussi souvent qu'il était possible, nous avons relevé le volume du foie pris au cours des interventions. A cet égard, nous ferons observer que dans le plus grand nombre des observations, il n'est fait mention de l'état du volume du foie, ni avant, ni après l'acte opératoire.

Nous avons pu relever ainsi 68 cas d'intervention dans l'ictère chronique consécutif à la lithiase. 52 fois la glande hépatique était hypertrophiée; 2 fois elle était diminuée de volume; 14 fois elle présentait son volume normal ou à peu près normal. Sur les 52 cas opérés avec hypertrophie, nous relevons 33 guérisons, ce qui donne une proportion de 65 % de succès environ; les 2 cas d'atrophie ont donné une mort et un succès; dans les 14 cas de foie normal il y a eu 10 succès. Il est évident que, pour ces deux dernières catégories, nous ne pouvons pas songer à faire un calcul proportionnel. Tout ce que nous pouvons dire, et cela ressort avec la plus entière évidence, c'est que, dans l'immense majorité des cas d'obstruction calculeuse, le foie est hypertrophié et que cette hypertrophie n'est pas une contre-indication à l'intervention chirurgicale.

Au surplus, ce que nous savons des hypertrophies en général nous indique que toute hypertrophie est un signe de défense active; en matière d'infection du foie, l'hypertrophie peut faire ajourner un acte opératoire qui n'est pas encore indispensable dans certains cas, mais elle ne peut contre-indiquer une intervention jugée opportune.

FIÈVRE. — Galliard divise les lithiasiques avec obstruction du cholédoque en trois catégories :

- a) Ictériques fébricitants.
- b) Ictériques apyrétiques.
- c) Ictériques hypothermiques.

Galliard réserve le bénéfice de l'intervention chirurgicale aux malades des deux premières catégories ; il la refuse formellement aux malades de la dernière. Cette opinion ainsi présentée est évidemment exagérée.

L'examen des observations démontre que des fébricitants et des apyrétiques ont succombé à la suite de l'acte opératoire, que des hypothermiques en ont au contraire bénéficié. Si l'hypothermie était toujours un signe d'infection avec défense organique nulle ou à peine esquissée, à peu près impossible, incontestablement on pourrait souscrire à l'opinion de Galliard. Mais tous les ictériques par obstruction, en état d'hypothermie, ne sont pas plus des infectés sans défense que les malades atteints d'ictère catarrhal hypothermique ne sont des condamnés pour la même raison. Pour que l'hypothermie ait la signification tragique que veut lui donner Galliard, il faut qu'elle s'accompagne des autres troubles physiques et fonctionnels qui caractérisent l'ictère grave ou l'ictère aggravé. Dans ces cas, évidemment, la légitimité d'une intervention est des plus discutables, encore que des succès tout à fait inespérés aient été obtenus.

ACCIDENTS INFECTIEUX. — Plusieurs chirurgiens et des médecins ont pris pour base des indications opératoires, la classification suivante :

1^o *Ictériques infectés*, chez lesquels l'infection se manifeste par des accès de fièvre bilioseptique décrits par Charcot. Ces infectés, dit-il, doivent être opérés d'urgence ; mais il ne faut pas toucher aux malades atteints d'angiocholite suppurée diffuse.

2^o *Les ictériques non infectés*, chez lesquels l'opération peut être plus ou moins retardée.

Cette classification ne permet pas, à notre avis, des déduc-

tions thérapeutiques aussi rigoureuses et cela pour plusieurs raisons :

a) Parce que les accès de fièvre bilioseptique, au cours d'obstruction chronique du cholédoque ne traduisent point nécessairement une infection profonde du foie ;

b) Parce qu'ils peuvent être uniques ou espacés à de très longs intervalles sans compromettre pour cela la guérison. Or, les médecins pas plus que les chirurgiens, ne nous indiquent après combien d'accès il nous faudra nécessairement intervenir. Il est d'autre part peu probable qu'ils considèrent un premier accès comme une indication formelle ;

c) Ne pas opérer les angiocholites diffuses ? Mais à quoi les reconnaître, surtout au cours d'une obstruction calculieuse avec ictère ? Il n'y a guère qu'un seul signe de valeur : c'est la sensibilité douloureuse du foie à la pression, et encore nous avons relevé trois observations dans lesquelles cette sensibilité douloureuse existait au plus haut degré. Les malades guérissent ; ils ne présentaient pas de traces d'angiocholite.

DOULEUR. — Les indications opératoires qui peuvent être déduites du symptôme douleur, sont unanimement acceptées par les médecins et les chirurgiens.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer à ce sujet l'opinion émise par M. Mongour, qui a surtout envisagé, suivant sa propre expression, « l'état de mal lithiasique ».

Etat de mal lithiasique. — « Par la violence des douleurs provocatrices de syncopes et par leur répétition, les crises peuvent entraîner des accidents tellement graves qu'il importe d'en supprimer la cause dans le plus bref délai. J'ai eu l'occasion d'observer deux malades chez lesquels l'indication opératoire s'imposait par le fait de tels accidents.

» Chez une jeune femme de vingt-huit ans, alcoolique et syphilitique, les accès douloureux non calmés par la morphine et survenant environ toutes les deux heures déterminèrent au troisième jour une asystolie aiguë menaçante. Après avoir conjuré les premiers accidents à l'aide de la

théobromine, je conseillai une intervention qui fut pratiquée par mon collègue, le professeur Pousson. La vésicule biliaire contenait un volumineux calcul qui fut enlevé facilement. Cessation des coliques et disparition de l'asystolie. Guérison sans incidents.

» Une dame de cinquante-cinq ans présenta dans le cours d'accès lithiasiques subintrants des syncopes graves et prolongées. L'intervention fut refusée par l'entourage. La malade qui, cependant, avait accepté l'acte opératoire, succomba dans une syncope après la dix-septième crise en moins de quarante-huit heures.

» Je n'ai pas eu l'occasion d'observer d'autres cas analogues; mais il est bon d'être prévenu de leur existence. C'est au médecin de décider du moment de l'intervention; il se laissera guider par son sens clinique, par l'intensité des actes réflexes. Je ne saurai préciser davantage, car il n'est pas possible d'indiquer avec certitude à quel degré l'asystolie ou la syncope deviennent une indication opératoire urgente. Il faut se soustraire à la tentation des précisions impossibles, sous peine de substituer la théorie à l'expérience, pour le plus grand préjudice du malade.

» Une autre raison d'intervenir dans la colique hépatique simple peut être tirée de la situation du malade. Si ses souffrances le mettent dans l'impossibilité de travailler et si son travail lui est indispensable, il n'y a d'autre issue pour lui que l'intervention chirurgicale. » J'accepte absolument cette indication donnée par Linossier comme celle qu'il déduit de la morphinomanie « à laquelle aboutissent malheureusement bien des lithiasiques, et qui est incontestablement plus dangereuse que l'opération chirurgicale ».

INSUFFISANCE HÉPATIQUE. — Quand on lit avec attention les observations publiées par les chirurgiens, on constate que tous se sont préoccupés, pour établir le moment de l'acte opératoire, de fixer le degré de l'insuffisance hépatique. Malheureusement, tous les chirurgiens n'ont pas pris la même base pour définir cette insuffisance.

Les uns ont admis qu'un foie était insuffisant quand la glycosurie alimentaire était positive; les autres ont accepté comme critérium les intermittences dans l'élimination du bleu de méthylène; d'autres ont cru trouver une indication dans la recherche du coefficient urotoxique, etc. En somme, toutes les épreuves de laboratoire ont été envisagées isolément comme capables de renseigner le clinicien sur la valeur fonctionnelle du foie.

Nous sommes naturellement conduit à discuter en quelques mots la valeur de ces épreuves considérées isolément, comme on l'a fait dans les observations qui servent de base à notre travail.

VALEUR DE L'ÉPREUVE DE LA GLYCOSURIE ALIMENTAIRE. — Les troubles de la fonction glycogénique nous seront révélés par l'épreuve de la glycosurie alimentaire, qui consiste à faire ingérer 150 grammes de glycose au malade, à recueillir les urines toutes les deux heures et à les traiter par la liqueur de Fehling. S'il y a réduction, la fonction glyconégique est altérée.

Mais, dans cette expérience, la fonction du foie n'est pas seule mise en cause. Ainsi que l'ont démontré Achard et Castaigne, il y a plusieurs facteurs qui peuvent entraver l'apparition du sucre dans les urines dans le cas d'insuffisance hépatique.

En effet, le sucre ingéré, qui est seul dosable pour nous, peut avoir été absorbé lentement. Si son séjour dans le tube digestif a été trop long, les microorganismes ont pu agir, en détruire ou en décomposer une partie; le reste seulement aura été absorbé, en sorte que si nous connaissons la quantité de sucre ingéré, nous ne savons pas quelle est la quantité absorbée, ce qui est le point capital pour l'épreuve de la glycosurie.

Si cette quantité absorbée a été minime, elle aura pu être fixée par la cellule hépatique insuffisante à un certain degré et l'absence de sucre dans les urines ne pourra nous autoriser à conclure à l'intégrité fonctionnelle du foie.

En outre, si la perméabilité rénale est diminuée, le sucre passe dans les urines avec un retard plus ou moins grand. Et ce sucre, que le foie insuffisant aura laissé passer, retenu dans l'organisme, pourra être détruit dans les tissus avant d'avoir pu traverser le rein.

Telles sont les principales raisons qui nous empêchent de connaître directement le taux du pouvoir glycogénique du foie, causes qui subsistent en partie pour l'examen de l'uréogénie.

VALEUR DU DOSAGE DE L'URÉE. — Nous ne pouvons apprécier le pouvoir uréogénique du foie qu'indirectement par l'urée urinaire, et l'urée contenue dans l'urine ne donne nullement le taux uréogénique du foie. Comme le dit Chauffard, « il faut tenir compte de la perméabilité rénale, non pas au sens anatomique, mais au sens fonctionnel du mot ». Et au cours des ictères, la perméabilité rénale est constamment modifiée et l'hypoazoturie est la règle. D'autre part, le foie n'est pas le seul centre producteur de l'urée, tous les tissus semblent en produire, et par conséquent, en dosant l'urée urinaire, on ne dose pas l'urée fabriquée par le foie, mais bien l'urée totale produite par le foie et les autres tissus.

ELIMINATION DU BLEU DE MÉTHYLÈNE. — En 1898, Chauffard décrit le premier un nouveau moyen de contrôler l'insuffisance hépatique; c'est l'élimination intermittente du bleu de méthylène. Il injectait sous la peau d'un malade 1 centimètre cube d'une solution aqueuse stérilisée de bleu de méthylène au 1/20, soit 5 centigrammes. Après avoir fait uriner le malade, il recueillait les urines par fractions de deux heures en deux heures jusqu'à disparition définitive du bleu. Il constatait alors que l'élimination du bleu présentait des intermittences d'autant plus précoces et nombreuses que l'insuffisance hépatique était plus prononcée.

Mais le taux des urines peut être très réduit, et si le pigment biliaire les colore fortement, l'observation devient difficile. De plus, le bleu peut ne pas être rendu dans les urines en nature, mais sous forme de chromogène qui ne

reprend sa couleur bleue que par oxydation sous l'influence de l'acide acétique à chaud. Enfin, la perméabilité rénale intervient encore ici, et ce n'est pas le moindre des facteurs dans les causes d'erreur à l'actif de ce moyen d'investigation, considéré comme élément de diagnostic et de pronostic. L'élimination intermittente du bleu de méthylène ne peut donc à elle seule prouver l'insuffisance de la cellule hépatique.

RECHERCHE DU COEFFICIENT UROTOXIQUE. — S'appuyant sur ce fait que le foie a pour fonction de neutraliser les poisons, Bouchard a préconisé l'examen de la toxicité urinaire. N'étant pas arrêtées par le foie, les toxines passent dans l'urine et le coefficient urotoxique de cette dernière augmente notablement.

L'urine normale détermine la mort d'un lapin à la dose de 45 centimètres cubes par kilogramme; une urine sera donc hyper ou hypotoxique suivant qu'elle tuera le lapin à une dose supérieure ou inférieure à 45 centimètres cubes par kilogramme.

Mais l'urine jouit de propriétés coagulantes vis-à-vis du sérum sanguin et l'action purement mécanique des caillots vient s'ajouter à l'empoisonnement par l'urine. En outre, la concentration moléculaire de l'urine est supérieure le plus souvent à celle du sérum sanguin. D'où altération des globules. Il faudrait donc pratiquement rapporter la concentration moléculaire de l'urine qu'on injecte à celle du sang où on l'injecte.

Enfin, ici encore, il faut tenir compte de la perméabilité rénale. Les poisons que le foie n'a pas arrêtés peuvent ne pas franchir le filtre rénal, d'où il résulte que l'urine peut présenter un coefficient urotoxique normal, alors que le sérum est hypertoxyque.

VALEUR DE L'INDICANURIE. — Gilbert et Weil ont cru diagnostiquer l'insuffisance hépatique par la présence d'indican dans les urines. « Il est probable, disent-ils, que l'indican formé dans l'intestin est arrêté par un foie sain, à moins

que sa production ne soit excessive. Mais on comprend fort bien qu'une cellule hépatique insuffisante n'arrête plus cette substance, même si sa proportion est normale et non augmentée. »

Malheureusement, on observe l'indican dans bien des cas où n'existe pas l'insuffisance hépatique, par exemple dans la fièvre typhoïde, dans les entérites aiguës et chroniques, la dysenterie.

En résumé, les différentes épreuves que nous venons de discuter ne peuvent donner une notion suffisante sur la valeur fonctionnelle du foie.

Comme le dit M. Mongour : « Le foie n'est pas comme le cœur un organe simple agissant en vue d'une fonction mécanique bien définie. On conçoit très bien une insuffisance du myocarde ayant pour conséquence un ralentissement dans le cours de la circulation, une stase périphérique avec les complications qui en résultent, Mais où commence l'insuffisance hépatique ? De quelle insuffisance veut-on parler ? De l'insuffisance glycogénique, uréogénique, antitoxique ou biligénique ? » Incontestablement, une glycosurie positive ne permet qu'une seule affirmation : la fonction glycofixatrice est amoindrie. Mais cette hypofonction n'entraîne pas nécessairement, et à un même degré, l'hypofonction uréogénique, biligénique, etc. Ce qu'il importe de connaître pour établir le moment de l'intervention chirurgicale, c'est l'insuffisance globale du foie, constituée par la foule des insuffisances partielles dont quelques-unes nous sont connues, mais dont certainement beaucoup d'autres sont complètement ignorées.

Nous chercherons s'il est possible de trouver un symptôme qui renseigne le clinicien sur le moment où cette insuffisance globale est en danger.

Mais avant de terminer ce chapitre, il nous reste à parler en quelques mots des contre-indications admises généralement par tous, médecins et chirurgiens. Ce sont, du reste,

des contre-indications qui ressortissent à la chirurgie générale et qui peuvent se résumer ainsi :

Grossesse. Vieillesse trop avancée. Certains chirurgiens ont conseillé de ne pas opérer au-dessus de soixante-cinq ans. Il ne faudrait pas absolument s'en tenir à cette formule puisque nous avons relevé deux opérations faites avec succès au-dessus de cet âge.

Cachexies cardiaque, diabétique, cancéreuse.

Affections pulmonaires graves et en général tous les tarés qui, pour une cause ou pour une autre, ne paraissent pas en état de pouvoir faire les frais d'une intervention chirurgicale ou d'en tirer un bénéfice évident.

CHAPITRE III

DES MOYENS QUE NOUS PROPOSONS POUR RECONNAITRE L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE.

Pour fixer les conditions et les limites de l'intervention chirurgicale, il est essentiel, comme le dit M. Mongour, « d'établir le pronostic de la lithiasie biliaire abandonnée à la thérapeutique médicale rationnelle ». Cette thérapeutique a été merveilleusement précisée dans tous ses détails par Chauffard. « Bien dirigée par le médecin et rigoureusement suivie par le malade, elle donne de tels résultats que Chauffard a pu écrire : « Si j'allais jusqu'au bout de ma pensée, je dirais qu'il ne devrait pas y avoir de traitement chirurgical de la cholélithiasie. Les lithiasiques ne deviennent trop souvent justiciables du chirurgien que parce que, nous médecins, nous les soignons trop tard et d'une façon intermittente et écourtée. » Oui, théoriquement, le lithiasique est menacé des complications les plus graves et les plus imprévues depuis l'infection ascendante biliaire avec toutes ses conséquences jusqu'à la cirrhose et au cancer du foie; mais en pratique, la lithiasie biliaire doit être considérée comme une affection bénigne à tel point que le troisième Congrès international des compagnies d'assurances (1903) vota, sur la proposition de M. Weil-Mantou, les conclusions suivantes :

« Les antécédents de lithiasie biliaire dans un passé assez

éloigné ne sont pas des motifs d'ajournement quand l'examen des organes est en tous points satisfaisant. Les opérés peuvent être admis après trois ou quatre ans d'observation. »

Comme celles de Portal, Frerichs, V. Swieten et Chauffard, mes observations personnelles plaident en faveur de la bénignité de la lithiase, et je suis convaincu que le traitement régulier de cette affection est essentiellement d'ordre médical. Il est inadmissible que, sous prétexte de prévenir des accidents plutôt exceptionnels, le chirurgien soit convoqué dans tous les cas de cholélithiase. Entre cette affection et l'appendicite, quelques médecins ont cru pouvoir établir une analogie morbide entraînant comme conséquence une analogie d'indications thérapeutiques : la clinique proteste contre ces assimilations théoriques ; il n'y a pas lieu d'insister. »

Du reste, il faut reconnaître que l'accord est à peu près fait entre médecins et chirurgiens et que Winverter est à peu près seul de son avis quand il conseille d'opérer dans tous les cas de lithiase biliaire. Pas d'opération systématique, le moins possible d'opérations hâtives, telle serait notre formule ; elle traduit assez fidèlement l'opinion de la majorité des chirurgiens et des médecins français et allemands.

Jusqu'ici, nous avons beaucoup critiqué, mais nous n'avons encore rien établi. Le moment est venu de faire connaître les bases sur lesquelles nous nous proposons d'étayer les indications opératoires.

Toutes les critiques que nous avons faites peuvent se résumer ainsi :

1° Il n'a jamais été tenu compte, dans les observations publiées, de la nature des pigments sécrétés par le foie ; or, cette détermination importe au maximum quand il s'agit d'établir la valeur fonctionnelle d'une glande dont la fonction principale est de sécréter des pigments.

2° On a donné une importance trop considérable à des symptômes qui, envisagés isolément, ne donnent que des ren-

seignements sans grande valeur, sur la valeur fonctionnelle du foie et par conséquent, sur l'état de sa défense.

3° Nul n'a encore cherché à déterminer, par un système clinique suffisamment objectif, la valeur fonctionnelle globale du foie, représentée par la somme des insuffisances partielles connues et inconnues.

Nous allons essayer de faire autrement, sinon mieux que nos devanciers, et de combler les lacunes.

I

Nécessité d'interroger méthodiquement dans tout cas d'ictère par rétention calculeuse, la fonction biligénique.

Il est impossible d'établir le diagnostic, le pronostic et le traitement d'un ictère sans examiner avec soin la nature des pigments fabriqués par le foie, pigments qui se trouvent en circulation dans le sang, qui peuvent être, en totalité ou en partie seulement, éliminés par les urines. Pour l'intelligence des déductions thérapeutiques qui en découleront, nous sommes obligés d'indiquer en quelques mots la pathologie générale des ictères, telle qu'elle est comprise actuellement.

Il existe deux groupes d'ictères par obstruction :

a) *Les ictères orthopigmentaires* dans lesquels la sécrétion biliaire est normale et constituée en majeure partie par la biliverdine, la bilirubine, etc. Cliniquement, ces ictères sont très foncés, s'accompagnent souvent de lésions de grattage; ils sont le plus souvent apyrétiques. Dans les urines et le sérum, on produit la réaction classique de Gmelin.

b) *Les ictères métapigmentaires* dans lesquels la sécrétion biliaire est altérée; les pigments éliminés sont constitués par de l'urobiline et du rouge brun; cliniquement, les malades présentent une coloration jaune très légère. Dans les urines et dans le sérum, la réaction de Gmelin est nulle ou très atté-

nuée ; en revanche, on retrouve dans ces liquides la réaction des pigments anormaux, par les procédés courants de la clinique et du laboratoire.

Entre ces deux types, on trouve tous les intermédiaires possibles des ictères à prédominance d'orthopigments, avec pigments anormaux en quantité minime ; des ictères franchement métapigmentaires avec traces d'orthopigments.

Valeur de la biligénie. — « Les ictères par obstruction calculueuse non compliquée d'infection, dit M. Mongour, représentent le type de l'orthopigmentation dans la phase de tolérance organique ». Dans le foie normal, en effet, la sécrétion biliaire est une sécrétion externe. Dans l'occlusion calculueuse ou de toute autre nature, la sécrétion s'effectue dans le sang, elle devient interne ; comme le dit M. Chauffard, « il y a alors inversion du courant biliaire, et l'ictère est alors fonction morbide de la cellule hépatique, comme la biligénie est sa fonction normale ». La cellule hépatique n'est pas déchue, il lui est toujours possible de produire de la bile, mais le courant biligénique est dévié, et la bile au lieu de sortir par son pôle biliaire, la quitte par son pôle vasculaire. Le pigment normal biliaire se retrouve dans le sérum sanguin, les urines, et il imprègne les téguments et les muqueuses. « L'ictère à ce moment, dit M. Mongour, n'est pas un signe d'insuffisance, mais il peut la provoquer, et l'expérimentation nous permet de surprendre cette complication dès l'origine ».

En effet, quand la cellule hépatique devient insuffisante, aux pigments normaux dont on pouvait révéler la présence dans le sérum et les urines par la réaction de Gmelin, succèdent les pigments anormaux, c'est-à-dire l'urobiline et le rouge-brun. Comme la perméabilité rénale aura pu être atteinte au cours de l'ictère, *il faudra non-seulement examiner les urines, mais le sérum, pour pouvoir logiquement formuler un pronostic.*

« En pratique, dit M. Mongour, quand les urines contiennent en abondance des pigments normaux, je juge inutile l'examen du sérum ; dans le cas contraire, je fais une sai-

gnée de 10 à 20 grammes par ponction intra-veineuse, je recueille le sang dans des tubes à essai que j'incline jusqu'à coagulation complète et que je relève ensuite. Le sérum se dépose en quelques heures et j'en dispose d'une quantité largement suffisante pour l'examen chimique et spectroscopique ».

La réaction chimique de l'urobiline est basée sur la fluorescence de la solution urobilique en présence du chlorure de zinc ammoniacal.

L'examen spectroscopique montre une bande sombre d'absorption très nette, située à la partie droite du vert, entre le vert et le bleu, ou plus exactement entre les raies *b* et *f* de Fraunhofer. Le chromogène de l'urobiline donne, par addition d'eau iodo-iodurée, le spectre de l'urobiline.

Dans le cas où coexistent la présence de l'urobiline et des autres pigments, on peut employer le procédé suivant dû à Hayem. Au-dessus du liquide à expérimenter, on verse doucement dans le tube à essai une certaine quantité d'eau distillée, en prenant garde que les deux liquides ne se mélangent ; l'urobiline diffuse à la partie supérieure et son spectre peut y être constaté.

De ces faits, une conclusion se dégage :

Toutes les fois que l'on se trouve en présence d'un ictère, il faut, pour définir la nature des pigments éliminés, par conséquent, pour établir la valeur de la fonction biligénique, rechercher simultanément ces pigments dans le sérum sanguin et dans les urines.

Plusieurs cas peuvent se présenter :

a) Les urines et le sérum ne contiennent que des pigments normaux. — Aussi longtemps que cette orthopigmentation persistera, on est en droit de supposer une fonction biligénique normale.

b) Le sérum contient des pigments normaux et anormaux ; les urines contiennent des pigments normaux. — Dans ce cas, il est évident que le foie commence à souffrir et que l'altération hépatique sera d'autant bien moins sup-

portée que la perméabilité rénale est annulée pour les pigments anormaux.

c) Les urines et le sérum contiennent des sucres de pigments normaux et une quantité considérable de pigments anormaux. — Dans ces conditions, la fonction biligénique est fortement compromise.

Pour établir le moment où cette fonction est ainsi compromise, il faut procéder à des examens multiples de l'urine et du sérum. Ces examens doivent être d'autant plus répétés, qu'il ne faut pas attendre que la fonction biligénique soit totalement perdue. Par ces examens répétés, on établira la succession des périodes d'aggravation ; à un moment donné, on constatera une telle prédominance de pigments anormaux, qu'on aura le droit de prévoir la faillite prochaine de la cellule hépatique.

Nous avons recherché en vain des indications précises dans les différentes observations publiées par les chirurgiens. Nous n'avons jamais trouvé d'examen de sérum (s'il en existe, il nous a échappé.)

Quant aux analyses d'urine, elles sont des plus sommaires. « Pigments dans les urines, » c'est l'indication qui se trouve à peu près dans toutes les observations sans qu'il ait été essayé d'établir une distinction entre les pigments normaux et les pigments anormaux.

Il est donc de première importance d'établir nettement par les procédés que nous avons indiqués, la nature des pigments fabriqués par le foie.

Dans l'ictère par obstruction, l'étude de la fonction biligénique est de beaucoup la plus importante.

Quand le clinicien a saisi le moment où l'ictère orthopigmentaire du début est sur le point de se transformer en ictère métopigmentaire, quels que soient du reste les résultats fournis par la glycosurie, l'élimination de bleu de méthylène, etc., le médecin doit considérer *que la défaillance de la cellule hépatique est prochaine ; l'heure de l'intervention a sonné.*

Il ne faudrait pas croire cependant que les indications fournies par cette méthode d'examen soient absolument décisives. C'est qu'en effet, il existe des variations dans la biligénie, variations telles, qu'à une période d'excrétion de pigments anormaux, peut succéder une phase de sécrétion normale. Dans le foie, comme dans tous les organes, se passent des phénomènes compensateurs dont l'importance est considérable, phénomènes que nous devons prévoir, mais dont nous ne sommes pas à même de définir l'heure d'apparition.

Il pourra donc se faire qu'en passant au chirurgien un malade dont l'orthopigmentation est à peine indiquée, nous décidions une intervention qui pouvait être retardée parce que des phénomènes compensateurs pouvaient encore s'établir.

Nous convenons très sincèrement que les choses pourront se passer ainsi, dans certains cas ; nous n'avons pas la prétention d'éviter toutes les erreurs. Nous voulons essayer de les faire aussi rares que possible.

Ces courtes notions générales, qu'il était indispensable d'exposer pour permettre d'apprécier toute l'importance qu'il peut y avoir à déterminer, avec soin, la nature de la sécrétion et de l'excrétion des pigments fabriqués par le foie, par un examen simultané du sang et des urines mettent en évidence les faits suivants :

1° Dans les ictères par obstruction calculeuse, il est impossible de prévoir quelle sera la durée de la biligénie normale. Chez certains sujets, la fonction de sécrétion peut persister intégrale pendant des mois ; chez d'autres, pendant quelques jours ;

2° L'altération de la fonction biligénique s'accuse par la substitution progressive des pigments anormaux aux pigments normaux dans le sérum et dans les urines, dans l'une ou l'autre de ces humeurs individuellement ;

3° C'est au moment où apparaît cette transformation que

se pose l'une des principales indications à lever l'obstacle.

Voici à titre d'exemple deux observations empruntées aux travaux de M. Mongour. La première a été publiée dans la *Province médicale* du 25 août 1906, la seconde, dans le *Journal de médecine de Bordeaux* du 13 avril 1902.

OBSERVATION I

En septembre 1905, j'ai prié mon collègue et ami Bégouin d'opérer une malade chez laquelle l'obstruction du cholédoque d'origine calculieuse remontait au 23 août.

Pendant les premiers jours de la maladie, les urines et le sérum sanguin contiennent en abondance des pigments normaux et des traces insignifiantes d'urobiline.

Mais, à partir du 10 septembre, l'urobiline et le rouge brun prédominent dans les urines et dans le sérum. De plus, le foie reste fixé dans son volume.

Dans ces conditions, je conclus à la nécessité d'une intervention chirurgicale, qui fut pratiquée le 23 septembre 1905. On trouve un gros calcul vésiculaire. La guérison fut parfaite. Un mois après, la malade succombait à des accidents dont la nature est sans intérêt pour la discussion présente.

OBSERVATION II

Artiste lyrique, âgée de trente ans, alcoolique, et dont le passé pathologique présente une fièvre typhoïde à douze ans, plusieurs accès de fièvre intermittente, une atteinte de diarrhée de Cochinchine. Dans les premiers jours d'octobre 1896, elle éprouva sur le bateau sa première crise de colique hépatique. L'ictère s'installe alors en permanence, et la malade entre à l'hôpital Saint-André, le 4 novembre 1897. Elle réalise le type de l'ictère par rétention. Le foie, très volumineux, mesure 25 centimètres sur son grand axe vertical; la portion qui déborde des

fausses côtes est très douloureuse à la pression. La situation se maintient sans changement jusque dans les premiers jours de décembre; mais alors on constate une régression lente et continue du volume du foie, une diminution de l'excrétion urinaire, dont la totalité n'atteint pas 350 grammes par vingt-quatre heures; enfin, la disparition à peu près complète des pigments normaux dans les urines, qui contiennent en abondance de l'urobiline et du pigment rouge-brun. Dans le sérum, je ne trouve que de l'urobiline. En présence de ces symptômes, malgré l'apyrexie complète, je conseille l'intervention chirurgicale, au sujet de laquelle mon collègue, M. Pousson, voulut bien me consulter. La malade fut opérée le 7 décembre 1897; son foie mesurait alors 20 centimètres sur la ligne mamelonnaire. Le cathétérisme du cholédoque fit découvrir de nombreux calculs mûriformes variant de la grosseur d'un pois à celle d'un grain de chénevis.

Pas d'incidents post-opératoires; le 5 janvier, la malade était en pleine convalescence; son foie ne mesurait plus que 16 centimètres; les urines, très abondantes, ne contenaient, pas plus que le sérum, traces de pigments normaux ou anormaux.

II

Nécessité d'étudier avec soin les variations de volume du foie.

Dans cette partie de notre thèse, nous exposerons à peu près exclusivement les travaux publiés par M. Mongour qui, le premier, a démontré la nécessité d'établir avec soin les variations du volume du foie.

Les premiers travaux de M. Mongour sur la question ont été exposés au VI^e Congrès de Médecine interne de Toulouse. « Il convient, dit-il, de ne pas perdre de vue que le foie, organe à fonctions multiples, peut-être insuffisant en totalité ou partiellement; vouloir établir un pronostic d'ensemble en déterminant le degré d'une ou de plusieurs des insuf-

fisances fonctionnelles, est une faute d'autant plus grave que nos méthodes de détermination sont elles-mêmes singulièrement insuffisantes. Aussi, pour formuler le pronostic à longue échéance qui commandera l'intervention, il me paraît préférable, laissant de côté le mécanisme peu connu des réactions cellulaires, d'étudier sur place la réaction de la glande organisant sa défense globale.

Or, la clinique nous montre, sans discussion possible, au moins pour les cirrhoses consécutives à l'obstruction du cholédoque, que l'hypertrophie du foie est le symptôme capital de sa défense active, due peut-être en grande partie à l'abondance des macrophages issus de la rate (Verigo). La régression de l'organe signifie guérison lorsqu'elle coïncide avec les différents symptômes critiques bien étudiés ; polyurie, azoturie, etc. ; aggravation, mise en échec de la défense quand elle apparaît isolément. Dans ce dernier cas, l'atrophie suit une marche lente et son début est généralement très éloigné de la mort ; elle est le signal, non d'une perte absolue de la fonction, mais d'un amoindrissement tel qu'un pronostic grave s'engage aussitôt.

L'obstacle cesse alors d'être toléré ; à ce moment, le malade ne peut plus être abandonné à ses défenses naturelles ; l'intervention chirurgicale s'impose, et l'on conçoit qu'elle aura d'autant plus de chances de succès qu'elle sera plus rapprochée de la phase de régression. Aussi, j'ai de la peine à comprendre l'opinion émise par un membre de la Société de Chirurgie (1896) : « Je ne crois pas, disait-il, qu'il soit prudent d'opérer des malades qui ont le foie gros ».

En 1903, M. Mongour a présenté à l'Académie de Médecine une nouvelle note sur : « La notion de foie variable en séméiologie hépatique ». Il démontrait que dans toutes les affections hépatiques, le pronostic est intimement lié à la constatation des variations de volume qui traduisent la souplesse du parenchyme hépatique, sa plus ou moins grande facilité d'adaptation aux besoins de l'organisme. Qu'il s'agisse, en effet, d'une affection hépatique avec ictère ou sans ictère, les

foies totalement fibreux, à cellules ratatinées, sans tendance à l'hypertrophie compensatrice tendent à rester fixes dans leur volume aux différentes périodes de la maladie; en tout cas, s'il y a des variations de volume, elles sont à peu près impossibles à percevoir.

Il en est de même dans les affections proprement dites qui touchent indirectement le foie (fièvre typhoïde), ou qui, primitivement, portent sur cet organe (angiocholite primitive).

Dans ces conditions, M. Mongour propose la technique suivante :

Examiner quotidiennement le foie, et inscrire sur un diagramme les volumes constatés chaque jour. Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° *Le foie s'hypertrophie sans cesse, sans phase de régression;*

2° *Il s'atrophie sans cesse, sans phase d'hypertrophie;*

3° *Il reste fixé dans son volume.*

Dans ces trois cas, on peut dire que l'insuffisance globale hépatique est imminente, et alors, quelle que soit la nature de la biligénie, quelle que soit la courbe de la température, l'état des fonctions glycogénique, uréogénique, etc., on peut dire avec une quasi-certitude que la thérapeutique médicale a fait son temps. C'est alors qu'il importe de faire intervenir le chirurgien.

Une question délicate se pose: pendant combien de temps faut-il examiner le malade, ou plus exactement pendant combien de temps faut-il constater ces variations homologues ou cette absence de variations pour passer la main au chirurgien ?

M. Mongour a constaté que les symptômes précédents, observés pendant huit à dix jours, permettent de porter un pronostic et que cette période d'observation est suffisante pour ne pas s'exposer à adresser au chirurgien le malade trop tôt ou trop tard.

4° *Le foie varie de volume et les variations se font alternativement dans le sens de l'atrophie et de l'hypertrophie.*

Dans ces conditions, à moins que l'on ne se trouve en présence d'une transformation soudaine d'un ictère orthopigmentaire en ictère métapigmentaire, auquel cas il faudrait intervenir de suite, la période du traitement médical n'est pas encore terminée et il convient de lutter avec tous les éléments dont dispose la thérapeutique extra-chirurgicale des maladies du foie.

Nous rapportons deux observations publiées dans les travaux de M. Mongour, et qui nous paraissent légitimer les conclusions que nous avons formulées.

OBSERVATION III

Femme de cinquante-cinq ans, sujette depuis quinze ans à des crises de colique hépatique. En 1901, obstruction complète du cholédoque pendant quatre mois avec tous les symptômes de l'ictère ortho-pigmentaire par obstruction. Hypertrophie variable du foie. Pas d'intervention. La perméabilité des voies biliaires se rétablit spontanément après quatre mois et dix-sept jours.

En avril 1906, nouvelle crise ; je suis appelé auprès de la malade vingt-cinq jours après l'accident initial. Je constate l'existence d'un foie hypertrophié mesurant 18 centimètres sur la ligne mamelonnaire, légèrement sensible à la palpation, et d'une vésicule biliaire très volumineuse. Ictère ortho-pigmentaire et rétention biliaire absolue. Pendant les trois jours qui suivirent, le volume du foie resta constant quel que fût le moment de la journée où j'examinai la malade. Dans ces conditions, malgré l'absence d'urobiline dans les urines, malgré une diurèse assez abondante (800 à 1100 grammes), malgré un état général satisfaisant, je conseillai l'intervention qui fut pratiquée le 22 mai par mon collègue Villar.

Vésicule biliaire tendue, contenant environ 250 centimètres cubes d'un liquide grisâtre, d'odeur fécaloïde, sans traces de pigments biliaires.

Calcul dans le cholédoque. Drainage. La malade succomba dans les quarante huit heures sans avoir présenté de complications opératoires. Cette terminaison fut, hélas ! prévue au cours de l'opération : le foie jaunâtre et mou, parsemé de taches blanches était en pleine dégéné-

rescence diffuse aiguë comme le prouva l'examen histologique. L'opération était évidemment tardive ; mais vu la période à laquelle la malade se présenta à notre examen, elle ne pouvait être plus précoce.

OBSERVATION IV

Cette observation prise dans le service de M. le Docteur Lanelongue (de Bordeaux) est due à l'obligeance de M. de Boucaud, chef de clinique. Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans qui présenta sa première crise de coliques hépatiques en mai 1899, avec ictère par rétention.

Nouvelle crise vers la fin d'octobre 1900 ; au moment de l'entrée à l'hôpital, l'ictère était intense et les matières fécales complètement décolorées ; les urines présentaient la réaction caractéristique de Gmelin et la température se maintenait entre 39° et 40°. Foie douloureux à la palpation, surtout au-dessous des fausses côtes, qu'il débordait de quatre travers de doigt, sa limite supérieure remontant jusqu'au mamelon ; mais rapidement le foie diminue de volume en même temps que s'aggrave l'état général ; si bien que le 26 novembre, l'organe ne débordait plus les fausses côtes que de deux travers de doigt. Les urines étaient rares et foncées, les matières complètement décolorées et la langue rôtie.

En présence de cette situation, M. le Professeur Lanelongue pratiqua, le 25 novembre, une cholécystostomie avec suture de la vésicule à la paroi abdominale ; la bile était infectée par le coli-bacille. Le soir même de l'opération, la température tombait à 36°,2 ; la guérison survint sans incidents et le malade quittait l'hôpital le 27 janvier 1901, ne gardant de son intervention qu'une fistulette insignifiante et presque tarie (17 février 1901). Cette opération est bien démonstrative : l'opération a été pratiquée, en effet, au moment même où l'on constatait la diminution progressive du volume du foie sans l'apparition des phénomènes critiques. Mais l'acte opératoire n'en a pas moins porté sur un foie hypertrophié.

CONCLUSIONS

De notre travail se dégagent les conclusions suivantes :

1° L'intervention chirurgicale dans l'obstruction calculuse dans la lithiase biliaire avec ictère chronique doit être considérée comme une intervention d'exception et non comme une thérapeutique systématique.

2° Le moment de cette intervention n'a pas encore été nettement précisé. Cela tient surtout à ce que les différents auteurs qui se sont occupés de la question ont donné à des symptômes isolés une importance hors de proportion avec les enseignements qu'ils pouvaient en tirer sur la valeur fonctionnelle du foie. (Etude de la fonction glycogénique, de l'uréogénie, de la fonction antitoxique, etc.).

3° L'état de mal lithiasique caractérisé par l'intensité ou la répétition des coliques hépatiques peut justifier l'intervention en dehors de tout autre symptôme.

4° Dans tout ictère chronique par obstruction d'origine lithiasique, il importe de déterminer avant tout la nature de la sécrétion biliaire pour saisir une indication opératoire.

5° Aussi longtemps que l'ictère demeure orthopigmentaire, on peut considérer l'opération comme inutile.

6° Quand cet ictère orthopigmentaire se transforme en ictère métapigmentaire, l'opération est indiquée, quelle que soit la date à laquelle est apparu l'ictère.

Cette transformation de l'orthopigmentation en métapigmentation peut apparaître suivant les sujets, quelques jours ou plusieurs mois après le début des accidents. On ne peut donc assigner de ce chef une date fixe pour l'intervention.

7° En même temps que cette étude de la biligénie, il importe d'établir avec soin l'existence et le mode des variations de

volume du foie. Tout foie qui se défend, varie incessamment, d'une façon alternative dans le sens de l'atrophie et de l'hypertrophie, c'est-à-dire qu'il subit des alternatives de congestion et de décongestion qui traduisent sa lutte pour l'adaptation.

Tout foie qui marche sans cesse vers l'hypertrophie ou qui régresse sans discontinuité, sans présenter ces alternatives de congestion et de décongestion, peut être considéré comme un foie très menacé dans sa fonction. A ce moment, l'indication opératoire s'impose ; il faut lever l'obstacle. Une observation de huit jours suffit pour établir l'existence de ces foies variables ou non.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,
F. VILLAR.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 28 janvier 1908.

Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

INDEX ALPHABÉTIQUE

- ABBE. — Chirurgie de la vésicule biliaire. (*New-York medical Journal*, janvier 1892).
- ADLER. — Réunion libre des chirurgiens de Berlin, juillet 1891.
- ANDRÉ. — Lithiase biliaire. *Revue médicale de l'Est*, 1900. N° 410.
- BAUDOIN. — Des opérations qui se pratiquent sur les voies biliaires. 1897.
- BECK. — Quand doit-on opérer la lithiase biliaire. (*New-York medical Journal*, mai 1897).
- BERNARD. — Indication de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire. (*Gazette médicale de Picardie*, 1900, p. 67.)
- BILHAUD et DELINEAU. — *Revue médicale de Paris*, 1900, p. 91.
Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, 1894 à 1907.
Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1903, 1904, 1905.
- CHAPUT. — Technique et indications des opérations sur l'intestin, l'estomac, les voies biliaires, 1892.
- CLAUDE. — Lésions toxi-microbiennes de la vésicule biliaire. (Société de biologie, février 96).
- COURVOISIER. — Chirurgie des voies biliaires. In *Revue de Hayem*, 1891.
- COUTURIER. — De l'obstruction calculeuse du cholédoque. (Th. de Paris, 96).
- CZERNY. — Chirurgie de la vésicule biliaire. (*Deut. méd. Woch.* 1892, p. 516).
- DAWSON. — In *Gazette hebdomadaire*, 1891.
- DELAGENIÈRE. — Méthode générale pour intervenir sur les voies biliaires dans les cas de lithiase. *Arch. méd. d'Angers*, 1899 et 1900.
- DELLA-ROSA. — *La clinica chirurgica*, 1900.
- DEPAGE. — Société belge de chirurgie, 1896, p. 64.
- DE QUENTAL. — Thèse de Paris, 1895.
- DIANCOURT. — Thèse de Paris, 1900.
- DOYEN. — *Archives provinciales de chirurgie*, 1892, p. 149.
— Congrès de chirurgie, 1899.
- DUPRÉ. — Thèse de Paris, 1897.

- DEBOVE et ACHARD. — *Manuel de Médecine*, t. VI.
- DURET. — Congrès de chirurgie, 1897.
- ELLIOT. — Cas de chirurgie des voies biliaires. (*Boston. medical Journal*, mai 1897).
- FADDEN (Gaston). — Chirurgie de la vésicule et des conduits biliaires. (Associat. méd. Américaine, juin 1892).
- FAURE. — Traité de chirurgie, Le Dentu et Delbet, t. VI.
- FERGUSSON. — Chirurgie de la vésicule et des conduits biliaires. (*Brit. méd. Journal*, novembre 1897).
- FORGUE. — *Montpellier médical*, 1897, p. 533.
- Indications du traitement chirurgical dans la lithiase et les infections des voies biliaires. (*Gazette hebdomadaire*, 19 décembre 1897).
- FORGUE et RECLUS. — Thérapeutique chirurgicale.
- FRERICHS. — Traité des maladies du foie.
- GALLIARD. — Des indications de la cure chirurgicale dans la lithiase biliaire. (*Mercredi médical*, septembre 1894).
- GILBERT et FOURNIER. — Traitement de la lithiase biliaire. (Rapport au Congrès International de 1900).
- GUENOT. — Thèse de Paris, 1905.
- HUMBEL. — Thèse de Lyon, 1898.
- JACOMET. — Thèse de Paris, 1901.
- JOURDAN. — Thèse de Paris, 1894.
- KEHR. — Indications du traitement chirurgical de la cholélithiase. (*Münscher méd. Woch.* 1899).
- LANCEREAUX. — Traité des maladies du foie.
- LEJARS. — Indications de la cholécystostomie et de la cholécystectomie dans la lithiase biliaire. (*Revue de chirurgie*, 1896, p. 645).
- Les indications de l'intervention chirurgicale dans les ictères chroniques. (*Gazette des Hôpitaux*, janvier 1898).
- LECONTE. — Intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire. (Congrès de chirurgie, 1892, p. 164).
- LEPETIT. — Thèse de Paris, 1903.
- LILIENTHAL. — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire. (*Médical Record*, mars 1896).
- LINOSSIER. — Rapport à la Société médicale des Hôpitaux de Paris (mars 1906).
- MIGNOT. — Thèse de Paris, 1895-96.
- MICHAUX. — La cholécystectomie dans le traitement de la lithiase biliaire. (*Congrès français de chirurgie*, 1893).
- MILHIET. — Thèse de Paris, 1905.

- MONGOUR. — Rapport au 6^e congrès de médecine interne de Toulouse, 1902.
— Traité des maladies du foie.
— Du moment de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire, 1906.
- MONOD. — Discussion sur les interventions chirurgicales dans la lithiase biliaire (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1896, p. 421.)
- PAUDILÈS. — Chirurgie des calculs du canal cholédoque (Thèse de Lyon, 1898).
- PÉAN. — Opérations applicables au traitement de la lithiase de la vésicule biliaire (*Gazette des hôpitaux*, 16 avril 1892).
- PÉTERSEN. — Pathologie et traitement de la lithiase biliaire, 1899.
- PICQUÉ. — Indications chirurgicales dans la lithiase biliaire (*Journal des praticiens*, 1891, p. 145).
- PLICQUE. — Traitement de la lithiase biliaire (*Gazette des hôpitaux*, février 1894).
- PORTAL. — Traité des maladies du foie.
- QUENU. — Etude sur le chirurgie du cholédoque (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1895, p. 322).
- REYNIER. — Valeur diagnostique de l'état de la vésicule biliaire dans les oblitérations du canal cholédoque (Soc. de Chir., 1892, p. 803).
- ROUTIER. — Occlusions du cholédoque (Acad. de méd., 1890).
— Calculs biliaires dans le cholédoque (*Bulletins de la Société de chirurgie*, 1892, 1896, 1897, 1901).
- ROUX. — *Revue médicale de la Suisse romande*, 1895, p. 161.
- ROYER. — Thèse de Paris, 1903.
- SANCHEZ. — Des calculs du cholédoque. Thèse de Paris, 1898.
- SCHLÉSINGER. — Indications d'interventions chirurgicales dans les maladies internes (traduction Lichtwitz-Sabrazès, 1905, Vigot, édit.).
- SCHWARTZ. — Chirurgie du foie et des voies biliaires, 1901.
- SEGOND. — Traité de chirurgie Duplay et Reclus, t. VI.
- SENDER. — Chirurgie de la vésicule biliaire et du foie (*Deut. Zeit. f. Chir.*, 1895, p. 3).
- SIEUR. — Traitement chirurgical des calculs biliaires (*Archives générales de médecine*, 1892).
- SOREL. — Indications de la chirurgie des voies biliaires (*Revue médicale de Normandie*, 1900, p. 123).
- TERRIER et AUVRAY. — Chirurgie du foie et des voies biliaires, 1901.
- TERRILLON. — Interventions chirurgicales sur les voies biliaires (*Bulletin de thérapeutique*, 15 juin 1892).
- THIRIAR. — Chirurgie des voies biliaires (*Gazette hebdomadaire*, août 1894).

TRICOMINI. — Chirurgie des voies biliaires (Congrès italien de Chirurgie, 1899).

TUFFIER. — Indications opératoires dans la lithiase biliaire (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1894; p. 613 et 1896, p. 245 et 439).

VAN SWIETEN. — *Commentaria in Hermanni Boerhave aphorismos de cognoscendis et curandis morbis*, 1770).

VAUTRIN. — Indications de la cholécystostomie (*Archives provinciales de chirurgie*, mai 1894).

— Indications de la cholécystectomie (*Revue médicale de l'Est*, janvier 1895).

VOIGT. — Chirurgie de la vésicule biliaire (*Deut. med. Woch.*, 1890).

WIART. — Lithiase hépatique et ses conséquences chirurgicales (*Tribune médicale*, 21 janvier 1905).

INDEX CHRONOLOGIQUE

(Pour les titres des ouvrages se reporter à la liste précédente.)

-
- | | |
|---------------------|--------------------|
| 1770. VAN SWIETEN. | 1895. DE QUENTAL. |
| 1813. PORTAL. | — MIGNOT. |
| 1877. FRERICHs. | — QUENU. |
| 1890. ROUTIER. | — ROUX. |
| — VOIGT. | — SENDLER. |
| 1891. ADLER. | — VAUTRIN. |
| — COURVOISIER. | 1896. CLAUDE. |
| — DAWSON. | — COUTURIER. |
| — DUPRÉ. | — DEPAGE. |
| — PICQUÉ. | — FAURE. |
| 1892. ABBE. | — LEJARS. |
| — CHAPUT. | — LILIENTHAL. |
| — CZERNY. | — MONOD. |
| — DOYEN. | — ROUTIER. |
| — FADDEN (Gaston). | — SEGOND. |
| — FORGUE et REGLUS. | — TUFFIER. |
| — LECONTE. | 1897. BAUDOUIN. |
| — PÉAN. | — BECK. |
| — REGNIER. | — DURET. |
| — ROUTIER. | — ELLIOT. |
| — SIEUR. | — FERGUSSON. |
| — TERRILLON. | — FORGUE. |
| 1893. LEPETIT. | — ROUTIER. |
| — MICHAUX. | 1898. HUMBEL. |
| 1894. GALLIARD. | — LEJARS. |
| — JOURDAN. | — PAUDILÈS. |
| — PLICQUE. | — SANCHEZ. |
| — THIRIAR. | 1899. DELAGENIÈRE. |
| — TUFFIER. | — DOYEN. |
| — VAUTRIN. | — KEHR. |

1899. LANCEREAUX.

— PETERSEN.

— TRICOMINI.

1900. ANDRÉ.

— BERNARD.

— BILHAUT et DELINEAU.

— DELLA ROSA.

— DIANCOURT.

— DEBOVE et ACHARD.

— GILBERT et FOURNIER.

— SOREL.

— JACOMET.

1900. ROUTIER.

— SCHWARTZ.

— TERRIER et AUVRAY.

1902. MONGOUR.

1903. ROYER.

1905. GUENOT.

— MILHIET.

— SCHLESINGER.

— WIART

1906. LIROSSIER.

— MONGOUR.

